



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

G. Marsiglia, Regina M.; Silveira, Cássio; Carneiro Junior, Nivaldo
Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil
Saúde e Sociedade, vol. 14, núm. 2, mayo-agosto, 2005, pp. 69-76
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263733008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil

Social Policies – inequity, universality and focalization in health within Brazil

Regina M. G. Marsiglia

Doutora em Ciência Política

Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

E-mail: regimarsiglia@ig.com.br

Cássio Silveira

Doutor em Saúde Pública

Professor Assistente do Departamento de Medicina Social
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

E-mail: cassio.silveira@fcmscsp.edu.br

Nivaldo Carneiro Junior

Doutor em Medicina Preventiva

Professor Assistente do Departamento de Medicina Social
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Centro de Saúde-Escola Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac"

E-mail: nicarneirojr@uol.com.br

Resumo

O presente artigo tem por finalidade contribuir para o debate sobre as políticas sociais em saúde e para a elaboração de estratégias que viabilizem a organização de serviços de saúde, a extensão da cobertura às regiões desprovidas de serviços e a conseqüente transformação das condições de saúde da população. Para isso, propõe uma reflexão sobre os sentidos das políticas, seus desdobramentos nas concepções da universalização e da focalização, e a pertinência das concepções e práticas em saúde estabelecidas nos últimos anos quanto ao encaminhamento da diminuição dos problemas da desigualdade e da pobreza. Esta análise toma como base a reflexão sobre a experiência de implantação do Programa de Saúde da Família na área central da cidade de São Paulo, seus desdobramentos e ajustes, além do questionamento sobre as características e a qualidade que devem configurar tal programa, de acordo com as especificidades de cada região do país. Conclui-se o estudo com a afirmação de que o princípio da universalidade tem contribuído para o incremento do acesso aos serviços de saúde, porém não tem criado condições para o estabelecimento da equidade, necessitando para isso reformulação e adaptação de programas e ações em saúde.

Palavras-chave: Políticas em Saúde; Universalização; Focalização; Programa de Saúde da Família.

Abstract

This article aims to contribute to the debate concerning social policies in health and the elaboration of viable strategies for organizing health services, extending them to areas that are not currently covered and consequently, transforming present conditions of population's health. Having these goals in mind, it proposes a reflection on the significance of current policies and their repercussions with respect to the conceptions of universality and focalization. The relevance of health concepts and practices, established over the last few years, towards establishing a decrease in the problems of inequity and poverty is also discussed. This analysis is based on a reflection concerning the experience of implementing the Family Health Program in the central area of the city of Sao Paulo, its repercussions as well as the necessary adjustments made. This, in turn led to broader queries with respect to the characteristics and qualities that should constitute such a program according to the specificities of each region of the country. The paper concludes by affirming that the principle of universality has contributed towards an increase in access to health services, but does not create the conditions for establishing equity, for which a reformulation and adaptation of current health programs and policies are required.

Key words: Health Policies; Universality; Focalization; Family Health Program.

Introdução

Nos anos 1990, no contexto de formação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, importantes debates acerca da formulação e da implantação das políticas públicas de saúde vieram somar esforços à transformação das condições de saúde da população. Alguns questionamentos pertinentes ao debate recente sobre essas transformações têm merecido atenção por parte de pesquisadores. No caso do caráter e da abrangência das políticas em saúde, pode-se indagar, por exemplo: políticas universalistas e políticas focalistas em sociedades com alto nível de desigualdade são compatíveis entre si, ou complementares para a garantia da equidade? Políticas de discriminação positiva são estigmatizadoras em nossa realidade? É possível reforçar a posição de um Estado mínimo, ou de um Estado, que busca desenvolver políticas compensatórias, diante das grandes diferenças de acesso a direitos entre os vários segmentos da população?

Dentro desse conjunto de questionamentos, o Programa de Saúde da Família (PSF) poderia ser compreendido como peça fundamental na reestruturação da atenção básica e, em alguns casos, como extensão da cobertura para regiões sem nenhuma forma de assistência à saúde. Por outro lado, pode-se inferir, também, que com o PSF se promove a inclusão de segmentos populacionais em áreas com bom desenvolvimento da assistência, porém, sem acesso universal. A análise de experiências de implantação do PSF em áreas metropolitanas tem demonstrado que as garantias de acesso de segmentos que sofrem as consequências das desigualdades sociais nem sempre ocorrem onde existe uma estrutura de serviços e cuidados em saúde pública. Por exemplo, moradores de favelas, trabalhadores do sexo e população em situação de rua nem sempre têm acesso aos serviços de saúde, ou se têm não lhes é garantida a integralidade das ações segundo suas necessidades específicas e mais urgentes.

Universalidade, Desigualdade e Pobreza: diferentes políticas sociais?

A política social constitui parte do processo estatal de transferência e distribuição de recursos fundamentais à existência dos grupos sociais. Há um ponto crítico para o qual convergem todas as forças da socie-

dade, a saber: a acumulação da riqueza produzida socialmente por alguns grupos sociais, as necessidades básicas para a existência de um lado, e a equidade, de outro (Abranches e col., 1987).

Nesse sentido, se as ações sociais visam, por um lado, a promoção da justiça social e, por outro, o combate à miséria, elas podem, muitas vezes, gerar conflito entre a busca da equidade – através da garantia e da promoção dos direitos sociais de cidadania – e a escolha das políticas a serem desenvolvidas, as quais podem gerar modos e graus diferenciados de correção dos desequilíbrios sociais.

Os processos sociais geram um complexo quadro de situações específicas, do qual são produzidas necessidades determinadas socialmente. Devem ser apontados, portanto, tanto os fatores internos, ligados às circunstâncias do ciclo vital do ser humano, as quais normalmente fogem ao controle individual e coletivo dos indivíduos, como os fatores externos, determinados pela dinâmica coletiva de reprodução da vida social. As necessidades emergentes dependerão do peso maior ou menor desses fatores, que poderá determinar a intervenção estatal (Abranches e col., 1987).

Na história dos países industrializados, as políticas sociais sempre procuraram promover a compensação a todos os efeitos perversos gerados pela acumulação. Essas políticas caracterizaram-se, principalmente, por seu caráter universal de compensação das perdas de renda geradas por vários processos, sejam eles decorrentes do ciclo de vida e das limitações impostas por cada período de vida, dos problemas gerados no trabalho, como acidentes e desemprego, por exemplo, ou do crescimento familiar – que podem estar associados aos fatores mencionados anteriormente.

As políticas compensatórias têm o objetivo de assegurar as condições mínimas de subsistência àqueles que perdem a capacidade de gerar renda suficiente para seu sustento. Têm caráter permanente e isso pressupõe garantias, por parte do Estado, de cuidar das diversas circunstâncias que produzem efeitos negativos à vida dos indivíduos.

As políticas de redução de pobreza, diferentemente das anteriores, buscam eliminar a destituição. Constituem-se, pois, em políticas temporárias, já que têm por finalidade incorporar os despossuídos a uma vida regular na sociedade, reduzindo ou eliminando as principais carências que colocam em risco sua saúde e sobrevivência.

Assim, as primeiras obedecem à meta de universalizar as ações sociais, abrindo caminho, por meio do Estado, para os direitos assegurados aos vários grupos sociais. As políticas de redução da pobreza são seletivas, ou seja, procuram por meio da discriminação positiva focar como beneficiárias apenas as pessoas que estejam próximas ou no patamar da miserabilidade, normalmente definido em termos de baixos níveis de renda (Abranches e col., 1987).

Pobreza versus Desigualdade: dois conceitos

Os segmentos mais pobres da população consomem a maior parte de sua energia e de seu tempo buscando condições de sobreviver, usando, às vezes, para isso, até o trabalho de suas crianças, prejudicando a formação escolar, o desenvolvimento físico, a saúde e as condições psicológicas delas. Vários autores têm apontado a necessidade de medidas distintas para combater a pobreza, de caráter persistente, ou decorrente de situações sociais e econômicas cíclicas ou ocasionais. Frequentemente, no entanto, encontramos nos países em desenvolvimento vários fatores determinantes da pobreza.

A definição das chamadas “linhas da pobreza” parte de parâmetros históricos e sociais de satisfação de necessidades básicas, podendo levar ao estabelecimento de patamares de pobreza e de miserabilidade. O conceito de pobreza é um conceito absoluto, já que abrange aqueles que não obtêm o rendimento mínimo estipulado oficialmente para atendimento de suas necessidades.

A desigualdade é um conceito diferente, caracterizado por um componente relacional decorrente dos diferentes níveis de apropriação do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, pelos vários segmentos da população (Cohn, 1997). Refere-se, portanto, às distâncias relativas entre os estratos da população na apropriação de bens econômicos, políticos e culturais no interior de cada país e entre países (Minayo, 2000).

Muito embora ambos os fenômenos – pobreza e desigualdade – interajam entre si, cada um tem sua própria lógica, e para seu enfrentamento são necessárias políticas sociais diferentes: há políticas que reduzem a pobreza sem alterar o perfil distributivo da sociedade, e políticas de redistribuição de renda, que não chegam a interferir nas condições de vida dos

mais pobres. Há, ainda, políticas que levam a melhorias setoriais nas condições de vida dos vários segmentos sociais e nas diversas regiões do país, mas têm como efeito concomitante o aumento das desigualdades, como o processo ocorrido com a situação de saúde no país nas últimas décadas (Monteiro, 2000).

Para os que vivem em situação de pobreza, é preciso levar em conta as condições de acesso a bens e serviços: a disponibilidade real dos bens e serviços para esses segmentos, sua distribuição social e espacial, o tipo de organização a que estão submetidos (acessibilidade) e o tipo de aceitação que os serviços alcançam na população (aceitabilidade)¹.

Para as sociedades que apresentam amplos contingentes populacionais na situação de pobreza e elevados graus de desigualdades na distribuição de renda e acesso aos bens e serviços, como a nossa, é preciso desenvolver várias políticas de enfrentamento desses problemas: políticas específicas de combate à pobreza e de acesso privilegiado a bens e serviços para esses segmentos; políticas distributivistas, que diminuam as desigualdades; e políticas de corte universal, que promovam os direitos sociais de cidadania e equidade.

No Brasil, como em outros países da América Latina, a pobreza e a desigualdade são fenômenos que apresentam caráter estrutural, persistindo ao longo do desenvolvimento histórico e social. Esses fenômenos tornam-se mais extensos e profundos pela maneira como a região entra no processo de globalização, ou seja, com a característica principal de dependência econômica dos países centrais – não desenvolvimento de seu parque tecnológico, imposição de regras econômicas rígidas e recessivas determinadas pelas instituições multilaterais, imposição da necessidade de diminuição do Estado, precarização do trabalho, entre outros, são exemplos dessas determinações (Singer, 1997).

Nesses países, esse processo fez emergir uma nova categoria social – a da “exclusão social” –, que significa a emergência de segmentos totalmente discriminados, sem acesso ao trabalho e ao consumo, “supérfluos” para o capital, em proporções nunca vistas na acumulação do capital (Minayo, 2000). Segundo Nascimento (1994), surgem cidadãos “sem direito a ter direitos”.

Brasil: desigualdades sociais e saúde

É sempre importante considerar a situação de desigualdade que caracteriza a sociedade brasileira. Primeiro, o país apresenta uma renda *per capita* acima dos países pobres, portanto, não é um país pobre, mas bastante desigual – nos anos 90, essa desigualdade se constituiu como uma das maiores do mundo. Iniciamos o terceiro milênio com 45% da população dos estados nordestinos classificada como abaixo da linha da pobreza (renda familiar *per capita* de meio salário mínimo), enquanto nos estados do sudeste, encontramos 23% da população nessa situação, e nos estados do sul, 20,1%. O analfabetismo é maior também nos estados nordestinos e nas áreas rurais. Conseguimos tirar nove milhões de pessoas do nível de pobreza, mas ainda estamos abaixo de Argentina, Colômbia, México e Venezuela. Nos últimos 40 anos, passamos de um país com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio (0,500 a 0,800) para o patamar de países com IDH alto (0,830), com aumentos de renda, expectativa de vida e escolaridade. Mas, como o crescimento do IDH foi mais acelerado em alguns estados que em outros, acentuaram-se as diferenças entre as regiões (Minayo, 2000).

Houve diminuição da fecundidade, aumento da esperança de vida ao nascer, aumento das pessoas com mais de 65 anos na população total; melhora dos indicadores das doenças infecto-contagiosas em função das mudanças demográficas, sociais e econômicas, e, principalmente, pela imunização em massa, terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno, aumento do saneamento básico e da assistência à saúde.

As doenças infecciosas diminuíram, mas sua prevalência continua alta, com diferenças regionais importantes, entre os estratos mais pobres da população (infecções intestinais, septicemias, chagas e tuberculose). Encontramos, também, a persistência e, por vezes, o recrudescimento de endemias como malária, leishmaniose e tuberculose pulmonar (Minayo, 2000).

As principais causas de morte passaram a ser as cardiovasculares, as decorrentes de acidentes e violências e as neoplasias. A maior incidência das neoplasias aparece nos grupos de menor renda, associada a

1 CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. O acesso às ações de saúde no Programa de Saúde da Família: suas determinações e formas de organização. São Paulo: CEDEC, 2003.

fatores hereditários, hábitos e condições socioeconômicas. As doenças cerebrovasculares prevalecem na região nordeste, associadas às condições sociais, que dificultam o seu controle, mais efetivo entre os segmentos sociais de maior poder aquisitivo.

A morbimortalidade por acidentes e violências tem crescido mais rapidamente entre os mais pobres, devido às condições de trabalho, acidentes de trânsito nos grandes centros urbanos, aumento das desigualdades, desemprego, falta de perspectiva de trabalho e de vida, crime organizado, narcotráfico, arbitrariedade policial, homicídios, entre outros.

Todos os processos citados acima ocorrem mais acentuadamente nas regiões metropolitanas, em virtude do aumento dos processos de exclusão e de abandono sociais. Nessas regiões, o número de mortes por homicídio já supera o de mortes por acidentes de trânsito. A população de baixa renda está mais exposta às neoplasias associadas a fatores ambientais, condições de trabalho e não-detecção precoce, por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mesmo nessas regiões (Minayo, 2000).

Brasil, Avanços e Desafios no Setor Saúde: o PSF em áreas metropolitanas

As políticas de saúde requerem uma atenção diferenciada, principalmente no que diz respeito à formulação e à estruturação de serviços de saúde, que devem oferecer cuidado integral aos cidadãos. O estabelecimento do SUS, no Brasil, a partir de 1988, garantiu em termos legais o acesso universal, igualitário e integral a serviços e ações de saúde.

Devemos reconhecer que após 16 anos da implantação do SUS houve expansão dos serviços em todas as regiões do país nos cerca de seis mil municípios, pelo menos no que diz respeito à atenção básica. Foram implantados conselhos de saúde nesses municípios para desenvolver o controle social, atingindo sucesso maior ou menor, porém, permaneceram as dificuldades de se desenvolver a justiça social e de responder às demandas tão heterogêneas dos diferentes segmentos da população, especialmente nas áreas metropolitanas e nos centros das grandes cidades (Carneiro Junior e Silveira, 2003).

As regiões metropolitanas revelam-se como espa-

ços de acentuada fragmentação social, expressa em uma composição populacional diferenciada, com diversos níveis de consumo e acesso a serviços. Áreas onde existem diferentes riscos de adoecer e morrer exigem uma combinação de respostas diferentes dos serviços de saúde às demandas de segmentos sociais heterogêneos (Marsiglia & Carneiro Junior, 1997). Além disso, é necessário apontar os desafios à equidade em países, regiões e metrópoles com consideráveis parcelas de suas populações no limite da pobreza absoluta, mesmo em suas áreas mais desenvolvidas (Gerschman, 1995).

Essa situação nos leva a afirmar a necessidade de ampliar-se o debate sobre a maneira de universalizar a atenção, principalmente quando há grupos populacionais sem acesso a nenhum tipo de serviço, em todas as regiões do país e, inclusive, nas regiões metropolitanas, onde podem ser encontradas redes razoavelmente bem desenvolvidas de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.

Observa-se também um desafio para equilibrar a distribuição e a organização de serviços segundo as necessidades específicas de segmentos sociais que abrem um imenso leque de demandas, nem sempre percebidas pelo Poder Público. Nesse sentido, a discriminação positiva, ou a política focalizada, pode se constituir como importante caminho para a realização de ações em saúde, que contemplem o vasto conjunto de efeitos produzidos por processos sociais de exclusão.

É preciso pensar em como promover a inclusão social usando a categoria equidade, não tratando de forma igual pessoas desiguais, e criar programas que privilegiem os grupos populacionais mais despossuídos, na tentativa de favorecer-lhes o acesso aos serviços. Esse deve ser o objetivo fundamental para as políticas públicas de saúde (Carneiro Junior & Silveira, 2003).

O Programa de Saúde da Família, estruturado pelo Ministério da Saúde, em 1995, articulou no Brasil, três linhas de contribuições: as proposições da Atenção Primária, definidas na Conferência de Alma-Ata, em 1978; a Medicina de Família implantada nos países desenvolvidos e em Cuba e a Medicina Geral e Comunitária, destinada aos segmentos da população mais excluídos nos países centrais, vigente a partir dos anos 1970. Esse programa também recebeu influência das experiências com agentes comunitários de

saúde, desenvolvidas em várias regiões do país, desde a década de 70 (Chaves, 1999).

No contexto atual, o PSF, tendo se expandido por vários municípios e regiões metropolitanas, é definido como o primeiro nível de atenção às pessoas, com a responsabilidade de reestruturar a atenção prestada pelo SUS em todo o território nacional e como estratégia de implantação do SUS em localidades onde não avançou a política de saúde, definida na Constituição Federal de 1988.

Para Viana e Dal Póz (1998), o PSF introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não se espera que as pessoas busquem os serviços, e sim que os serviços busquem as pessoas, sendo um instrumento de reorganização da demanda. A intervenção centrada na família e na comunidade, sem a preocupação de se discutir aqui as questões decorrentes do uso destes conceitos, demonstra a intenção de não agir apenas sobre a doença instalada, mas de incentivar a promoção da saúde, a prevenção e a reorganização da demanda aos serviços em uma área adstrita, fazendo do PSF a “porta de entrada” para o SUS.

Constata-se ainda que, apesar de mais de 70% dos estabelecimentos de saúde do país integrarem o SUS (Fundação - IBGE, 1999), um terço da população não tem acesso regular aos serviços de saúde (Almeida et al., 2002; Lima e col., 2002). Isso demonstra que a simples existência ou a oferta de serviços de saúde não implica em sua utilização pela população. A organização do acesso torna-se, assim, um dos principais problemas a serem enfrentados para a diminuição das desigualdades da assistência à saúde no país.

A definição do PSF como estruturante da atenção básica em saúde e como porta de entrada para o SUS necessita ser analisada de forma mais aprofundada. Os diversos municípios brasileiros que implantaram o PSF apresentam graus diferentes de desenvolvimento sociourbano, redes assistenciais com extensões diferentes em qualidade e cobertura, além dos segmentos populacionais demonstrarem condições de consumo e demandas muito diferenciadas diante dos serviços de saúde. Porém, nenhum desses fatores diminui o sucesso do PSF na busca dessas populações e na sua aceitação pelas famílias residentes em áreas até então não atendidas em suas necessidades de saúde (Carneiro Junior e Marsiglia, 2003).

PSF - Estratégias de implantação

A estratégia de implantação do SUS através do PSF, em áreas onde não havia outra modalidade de atendimento e rede de atenção básica, apresenta como característica imediata a extensão da cobertura e do direito de acesso aos serviços de saúde.

Nas áreas metropolitanas, onde já existe uma rede de atenção básica relativamente bem estruturada e extensa, o PSF, ao ser implantado, não deve substituir a rede existente, deve se articular com as redes de atenção secundária e terciária e apresentar um caráter mais seletivo, destinando-se aos segmentos populacionais com maiores carências ou que vivenciem diferentes graus de exclusão social. Muitas dessas famílias, mesmo com a existência da rede básica estruturada, não tinham acesso aos serviços de saúde existentes nas imediações de suas residências, a não ser em situações de emergência ou risco imediato de vida.

Nas grandes cidades, particularmente nas regiões centrais, a alternativa do PSF em seu formato original tem demonstrado uma certa inadequação para a atenção a segmentos populacionais que vivem em alto grau de exclusão social e que não se organizam em estruturas familiares ou de parentesco, nem se identificam com a “comunidade” local ou com a área de abrangência dos serviços básicos de saúde. Referimos aqui especificamente à população em situação de rua, aos profissionais do sexo, às pessoas que vivem em instituições, abrigos e albergues, por falta absoluta de qualquer estrutura familiar ou inserção no mercado formal ou informal de trabalho, sejam elas crianças, adultos, idosos ou pessoas com algum tipo de deficiência (Carneiro Junior e Silveira, 2003).

O PSF tem em sua matriz tecnológica um alto grau de responsabilização e se organiza em um processo de trabalho pró-ativo, podendo ser utilizado, com as reformulações necessárias, para atingir esses segmentos sociais. Nesse sentido, deve-se focalizar a organização da assistência à saúde com base, não no território, mas nas pessoas com diferentes situações de vulnerabilidade. É necessário pensar em outras formas de atenção, que permitam o acesso desses grupos sociais aos serviços de saúde. Que tipo de organização os serviços de saúde devem desenvolver para dar acesso às necessidades imediatas e particulares

destes segmentos, bem como permitir o acompanhamento de seus problemas de saúde?

Os desafios apresentados pelas unidades de serviços de saúde na área central de uma grande metrópole, como é a cidade de São Paulo, requerem a permanente construção de alternativas variadas de atenção à saúde. Estas devem estar articuladas entre si e, por vezes, sob a perspectiva da discriminação positiva. A organização da atenção à saúde deve atender a todos os segmentos sociais encontrados na área de abrangência, tais como: famílias residentes no local; pessoas que apenas trabalham no local; estrangeiros que residem e trabalham no local, geralmente em situação de ilegalidade; trabalhadores do sexo; populações em situação de rua e pessoas que moram em instituições (Carneiro Junior et al., 2000).

Para esses grupos sociais mais vulneráveis, deve haver modelos de organização de serviços que tenham como características principais a prontidão, focados e dirigidos por padrões técnico-administrativos mais adequados às dinâmicas de vida desses indivíduos, como, por exemplo, garantir sua inserção na agenda de atendimento do dia, não exigência de documentação, realização de maior número possível de procedimentos no mesmo dia em que houve o contato deles com a unidade, entre outros (Carneiro Junior e col., 1998; Andrade e Silva, 1999; Maezuka e col., 1999²; Carneiro Junior e Silveira, 2003).

Particularmente, no caso da população em situação de rua, a utilização da tecnologia do PSF torna-se complexa. As exigências colocadas pelas necessidades desse grupo requerem uma estrutura diferenciada na composição da equipe. A orientação dos profissionais contratados e, principalmente, dos agentes comunitários deve estar voltada para a sensibilidade de compreender a complexidade da situação daqueles que vivem seu cotidiano expostos às adversidades do meio urbano. Nesse sentido, têm sido desenvolvidas experiências de contratação de agentes comunitários oriundos desse segmento, os quais podem ter maior inserção no grupo e maior adesão aos projetos terapêuticos e de promoção da equipe de saúde³.

A contratação de agentes comunitários pode contribuir para o desenvolvimento de uma atenção básica com uma atuação efetiva e de busca da equidade nas ações em saúde. Ao estabelecerem vínculos com grupos dessa população, estes membros recrutados tornam-se agentes que realizam abordagens de rua eficientes, pois sabem os locais e as formas de comunicação próprios desse segmento; acompanham as pessoas até os equipamentos sociais por meio de convencimento, até certo ponto, garantido pela identidade de pertencimento ao grupo; podem também dar prosseguimento ao atendimento necessário, entre outras ações.

Considerações Finais

Este artigo procurou apresentar uma discussão que se coloca na pauta da organização do Sistema Único de Saúde, particularmente no que se refere à garantia da equidade no acesso aos serviços e às ações de saúde, visando à diminuição das desigualdades sociais e de saúde.

Perseguir o princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde, mas reconhecer a existência de grupos populacionais que não são atingidos pelas ações de saúde requer a organização de diferentes práticas de saúde que permitam a garantia da assistência. Para isso, torna-se necessário reformular os processos técnico-assistenciais no interior dos serviços.

Essas são algumas das preocupações que têm estimulado o desenvolvimento de tecnologias de trabalho em saúde, visando à garantia da equidade no acesso às ações, orientadas pela estratégia da discriminação positiva. É nessa perspectiva que o PSF constitui uma forma particular de estratégia de ações em saúde, que pode ser dirigida aos grupos populacionais em situação de exclusão social em áreas metropolitanas, sendo adaptado para essa finalidade. Nesse sentido, desenvolve-se no interior do serviço a organização da assistência à saúde tendo como referência algumas políticas de caráter universal e outras, mais focais.

2 MAEZUKA, A. T. et al. Estudo do projeto Favela dos Gatos. 1999. Trabalho de conclusão do rodízio de Saúde Pública - Centro de Saúde-Escola Barra Funda, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 1999.

3 SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Projeto a gente na rua. São Paulo, 2004.

Referências

- ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 26, n. 61, p. 137-54, 2002.
- ANDRADE, M. C.; SILVA, J. L. DST em trabalhadoras do sexo: vulnerabilidade e exclusão. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999. *Resumos...* Águas de Lindóia: Associação Paulista de Saúde Pública, 1999. p. 18.
- CARNEIRO JUNIOR, N. et al. A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação inter-setorial e inter-institucional na área central do município de São Paulo. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 95-104, 2000.
- CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez., 2003.
- CHAVES, M. M. Medicina familiar e cuidados primários de saúde: Alma-Ata revisitada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.23, n.2/1, p.203-08, 1999.
- COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, R. C. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 77-95.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- LIMA, J. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 26, n. 60, p. 62-70, 2002.
- MARSIGLIA, R.; CARNEIRO JUNIOR, N. Condições de vida e saúde na região central de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA & CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5, 1997, Águas de Lindóia. *Resumos...* Águas de Lindóia: ABRASCO-APSP, 1997. p. 21.
- MINAYO, M. C. S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Coord.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- NASCIMENTO, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos CRH*, Salvador, v. 21, p. 29-47, 1994.
- SINGER, P. Globalização positiva e globalização negativa: a diferença é o Estado. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 48, p. 39-65, 1997.
- VIANA, A. L.; DAL PÓZ, M. R. (Coord.). Reforma em saúde no Brasil: programa de saúde da família: informe final. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166).

Recebido em: 13/10/2004

Aprovado em: 07/12/2004